

было. Всех пациентов обследовали в сроки от 2 до 15 лет после операции. Хорошим результатом мы считали такой, когда у пациента отсутствовала клиническая и эндоскопическая картина рефлюкс-эзофагита. Таких больных было 46 (67,5%). Результат расценивали удовлетворительным при отсутствии у больного клинической картины эзофагита, но при выявлении у них во время эндоскопии катарального воспаления в пищеводе, не требующего приёма лекарств. Таких пациентов было 13 (19,1%). Результаты оказались неудовлетворительными у 9 (13,4%) пациентов. У них сохранялись жалобы, характерные для эзофагита, и потому они нуждались в приёме лекарственных препаратов.

Таким образом, при обследовании в отдалённые сроки хорошие и удовлетворительные результаты были достигнуты у 86,6% оперированных пациентов. Преимущество предлагаемой нами тактики заключается в одновременной коррекции патогенетически связанных между собой заболеваний, устранении риска повторных операций, уменьшении сроков лечения в стационаре и повышении экономического эффекта от лечения пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витебский Я.Д. Основы клапанной гастроэнтерологии: — Челябинск, 1991.
2. Галимов О.В., Нуртдинов М.А., Сендерович Е.И. и др. // Вестн. хир. — 2002. — № 1. — С. 82–86.
3. Ермолов А.С., Пичук Т.П., Абакумов М.М. и др. // Хирургия. — 2003. — № 10. — С. 25–32.
4. Ивашкин В.Т. Рациональная фармакотерапия

заболеваний органов пищеварения: Рук. для практикующих врачей. — М., 2003.

5. Кириленко А.С., Веретник Г.И., Олападе Омоджокун. // Вест. Рос. Ун. Дружбы народов / Серия "Медицина". — 2000. — № 1. — С. 20–23.
6. Олифирова О.С., Омельченко В.А., Гончарук Г.В. и др. // Вестн. хир. — 2002. — № 5. — с. 84–86.
7. Рева В.Б., Гребенюк В.И., Алексеенко А.А. и др. // Вестн. хир. — 2001. — № 4. — С. 14–16.
8. Хитарьян А.Г. Аксиальные грыжи пищевого отверстия диафрагмы: Эпидемиология, особенности патогенеза, современные методы диагностики и лечения: (Эксперим.-клинич. исслед.). — Ростов-на-Дону: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — 1998.
9. Чернова Т.Г. Обоснование лечебной тактики при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М. — 2001.
10. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. — М., 1999.
11. Чибис О.А., Ромашов Ф.Н., Гавриленко Я.В. и др. // Воен.-мед. журн. — 1988. — № 12. — С. 47–48.

Поступила 02.07.07.

SIMULTANEOUS OPERATIONS DURING TREATMENT OF THE DIAPHRAGM ESOPHAGEAL OPENING HERNIAS

A.N. Vachev, E.E. Adirshirin-Zade,
A.G. Gabbazov, I.S. Andreev

S u m m a r y

For the purpose of removal of the diaphragm esophageal opening hernias and of the gastroesophageal reflux disease a modified Rampal operation with a compulsory posterior cruro- raffia was proposed. Good and satisfactory results were obtained in 86,6% of the operated patients. The advantage of the proposed method is the simultaneous correction of the pathogenetically interconnected disease, elimination of recurrent operation risk and the decrease in hospital treatment period.

УДК 616.33/.34 — 089.87

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Н.А. Никитин, Т.П. Коришнова, А.А. Головизнин, П.С. Бакулин, М.А. Онучин

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. Н.А. Никитин) Кировской государственной медицинской академии

Одной из наиболее широко применяемых операций в ургентной хирургии пилородуоденальной язвы (ПДЯ) остается резекция желудка, однако результаты ее нельзя признать удовлетворительными, ибо случаи развития ранних и поздних послеоперационных осложнений достигают 30%, послеоперационная летальность — 37%. Низкими остаются и показатели качества жизни оперированных больных [2, 7, 9, 13]. Во многом причины неудовлетворительных результатов резекции желудка при

ПДЯ кроются в высокой частоте встречаемости "трудной" язвы — до 72%, которая является фактором риска ранения смежных с двенадцатиперстной кишкой (ДПК) органов, развития острого панкреатита и несостоятельности швов дуоденальной культи [1, 10]. Кроме того, контингент больных с ургентными осложнениями ПДЯ характеризуется тяжелым общим состоянием, большой долей пациентов преклонного возраста с наличием суб- и декомпенсированной сопутствующей внутренней

патологии [3, 6]. Ситуация осложняется отсутствием единого мнения относительно частоты встречаемости и роли хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП) в развитии и прогрессировании сочетанных осложнений ПДЯ, а также подходов к дифференцированной диагностике и обоснованной хирургической коррекции указанных нарушений [5, 8, 11].

Целью исследования являлось улучшение результатов резекции желудка в urgentной хирургии у больных с сочетанными осложнениями ПДЯ путем применения индивидуализированной хирургической тактики.

Были проанализированы результаты хирургического лечения 210 больных в возрасте от 20 до 82 лет. С 1997 по 2005 г. в Северной городской клинической больнице г. Кирова им. Билибин выполнены по urgentным показаниям резекции желудка по поводу сочетанных осложнений ПДЯ. Мужчин было 180 (85,7%), женщин – 30 (14,3%). Больные были представлены двумя сравнимыми группами. 1-я (основная) – 112 пациентов, у которых к выбору резекции желудка применен индивидуализированный подход. Последний включал интраоперационную диагностику и обоснованную коррекцию ХНДП, выбор способа резекции желудка в зависимости от их наличия и выраженности, оценку категории сложности мобилизации пилорoduоденальной зоны и выбор типа резекции желудка и оптимального способа обработки дуоденальной культи при ее формировании. Резекция желудка по Бильрот-I с терминотерминальным анастомозом была выполнена в 3 случаях, по Бильрот-I с терминолатеральным анастомозом – в 2, по Бильрот-II с вертикальным поперечным анастомозом – в 104 и по Ру-Никитину – в 3. Таким образом, в 109 (97,3%) случаях способ резекции желудка предусматривал формирование дуоденальной культи.

Во 2-ю группу (сравнения) вошли 98 пациентов, у которых диагностика ХНДП и их коррекция не проводились, способы резекции желудка определялись техническими возможностями и стереотипными взглядами хирургов. Выбор типа резекции желудка и способа ушивания дуоденальной культи не ставился в прямую зависимость от категории сложности мобилизации пилорoduоденальной зоны. Резекцию желудка по Бильрот-I с терминотерминальным анастомозом производили в 2 случаях, по Бильрот-I с терминолатеральным анастомозом – в 2, по Бильрот-II с поперечным анастомозом без соблюде-

ния принципа вертикальности – в 92 и по Ру-Ридигеру – в 2. Таким образом, при таких способах резекции желудка дуоденальную культю формировали в 96 (98%) случаях.

Поздняя обращаемость при перфоративных язвах (>12 ч) имела место у 3 (7,1%) пациентов 1-й и у 5 (10%) из 2-й группы, при язвенных кровотечениях (>24 ч) – соответственно у 35 (53,9%) и 20 (44,5%).

Кровотечение в качестве urgentного осложнения возникло у 65 (58%) больных 1-й и 45 (45,9%) – 2-й группы, перфорация – соответственно у 42 (37,5%) и 50 (51%), сочетание кровотечения и перфорации – у 5 (4,5%) и 3 (3,1%). Язва в луковице ДПК была локализована у 92 (82,1%) больных 1-й и у 79 (80,6%) во 2-й группе, в пилорическом канале – у 13 (11,6%) и 9 (9,2%), в постбульбарном отделе – у 7 (6,3%) и 10 (10,2%) больных соответственно.

Интраоперационную диагностику ХНДП у больных основной группы проводили исходя из следующих факторов: наличия препятствия для дуоденальной эвакуации (артериомезентериальная компрессия ДПК, дистальный перидуоденит, проксимальный периеюнит и др.), ширины нижнегоризонтальной ветви ДПК, наличия или отсутствия видимого различия в диаметрах нижнегоризонтальной части ДПК и начального отдела тощей кишки, степени уменьшения диаметра нижнегоризонтального отдела ДПК в ответ на механическое раздражение. Отсутствие препятствия к дуоденальной эвакуации, ширину нижнегоризонтальной части ДПК в 3–3,5 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки менее чем на 1 см, уменьшение диаметра ДПК в ответ на механическое раздражение на $1/3 - 1/2$ своей первоначальной величины (нормокинетическая форма ответа) расценивали как отсутствие ХНДП. Наличие препятствия к дуоденальной эвакуации, расширение нижнегоризонтальной части ДПК от 3,5 до 4,5 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки на 1–1,5 см, уменьшение диаметра ДПК в ответ на механическое раздражение более чем на $1/2$ первоначальной величины (гиперкинетическая форма ответа) позволяли констатировать компенсированную стадию ХНДП. Препятствие к дуоденальной эвакуации, расширение нижнегоризонтальной части ДПК от 4,5 до 6 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки более чем на 1,5–2,5 см, уменьшение диаметра ДПК в ответ на механическое

раздражение менее чем на 1/3 первоначальной величины (гипокинетическая форма ответа) рассматривали как субкомпенсированную стадию ХНДП. Препятствие к дуоденальной эвакуации, расширение нижнегоризонтальной части ДПК более 6 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки более чем на 2,5 см, отсутствие реакции в ответ на механическое раздражение (акинетическая форма ответа) – все это в совокупности соответствовало клинике декомпенсированной стадии ХНДП, или истинного дуоденостаза.

С целью объективизации понятия "трудной" ПДЯ нами разработана классификация категорий сложности мобилизации пилородуоденальной зоны, основанная на аналогичной классификации, предложенной Guagneri et al. (1980) при дуоденальных язвах. Однако и язвы пилорического канала при наличии пенетрации, выраженного рубцово-воспалительного процесса, входящие в массивный инфильтрат, могут создавать значительные технические сложности при резекции желудка на этапе мобилизации пилородуоденальной зоны и характеризоваться укорочением и деформацией задней или заднебоковых стенок ДПК, что при резекции желудка по Бильрот-II предопределяет дефицит тканей указанных стенок и способствует формированию "трудной" дуоденальной культи.

Согласно предложенной нами классификации, к 1-й категории сложности мобилизации пилородуоденальной зоны относятся язвы пилорического канала, язвы проксимального отдела луковицы ДПК, передние язвы дистального отдела луковицы ДПК без воспаления, пенетрации с невыраженным перипроцессом, ко 2-й категории – язвы пилорического канала, язвы проксимального отдела луковицы ДПК, передние язвы дистального отдела луковицы ДПК с воспалением, умеренным перипроцессом, стенозированием, без пенетрации или в стадии препенетрации, а также задние язвы дистального отдела луковицы ДПК без воспаления и пенетрации, к 3-й категории – язвы пилорического канала и язвы проксимального и дистального отделов луковицы ДПК с выраженным периульцерозным воспалением, грубым рубцовым перипроцессом, стенозированием, пенетрацией, к 4-й – язвы постбульбарного отдела ДПК. Язвы с 3 и 4-й категориями сложности мобилизации пилородуоденальной зоны следует трактовать как "трудные" ПДЯ.

Статистическую обработку полученных данных выполняли на ПЭВМ в среде Windows XP в программах SPSS 13 и

Biostat. Оценку достоверности производили с использованием t-критерия Стьюдента. Для сравнения качественных признаков применяли критерий χ^2 с поправкой Йейтса. Там, где критерий χ^2 применить было нельзя, использовали точный критерий Фишера.

ХНДП интраоперационно диагностированы у 89 (79,5%) больных основной группы. Нарушения в стадии компенсации имелись у 61 (68,5%) больного, в стадии субкомпенсации – у 28 (31,5%). ХНДП в стадии декомпенсации выявлено не было.

Среди причин ХНДП, которые во всех случаях носили органический характер, отмечены дистальный перидуоденит (46,1%), проксимальный периеюнит (9%), их сочетание (40,4%). У 3 (3,4%) больных причиной ХНДП была органическая артериомезентериальная компрессия ДПК и у 1 (1,1%) она же в сочетании с дистальным перидуоденитом.

Нами изучалась зависимость между количеством сочетанных осложнений ПДЯ и стадией ХНДП. При сочетании двух язвенных осложнений ХНДП не было у 15 (19,2%) из 78 пациентов, нарушения в стадии компенсации были выявлены в 55 (70,5%) случаях, в стадии субкомпенсации – в 8 (10,3%). При сочетании 3 и 4 осложнений ХНДП отсутствовала у 8 (23,5%) из 34 пациентов, нарушения в стадиях компенсации имелись в 6 (17,7%) случаях, в стадиях субкомпенсации – в 20 (58,8%).

Полученные данные подтверждают роль ХНДП в прогрессировании язвенно-деструктивного процесса и развитии сочетанных осложнений при ПДЯ.

По категории сложности мобилизации пилородуоденальной зоны больных распределились следующим образом: 1-й категории не было, 2-я категория выявлена у 62 (30,2%) больных (у 30 в основной и у 32 в группе сравнения); 3 и 4-я категории отмечены у 143 (69,8%) больных (у 79 в основной и у 64 в группе сравнения, $p > 0,05$).

При выборе способа резекции желудка у больных 1-й группы дуоденальный пассаж сохраняли только при отсутствии признаков ХНДП и "трудной" ПДЯ, при их наличии во всех случаях ДПК из пищевого пассажа исключали.

У 79 из 89 больных с наличием ХНДП выполнена их коррекция у 14 больных исходя из минимальных признаков ХНДП коррекция последних не потребовалась. В качестве основной корригирующей операции при резекции желудка по Бильрот-II выполняли рассечение связки Трейтца (72 наблюдения). При ХНДП в стадии субкомпенсации на почве органической

артериомезентериальной компрессии желудка резецировали по Ру (3 наблюдения) с дополнительным рассечением связки Трейца.

Независимо от способа резекции желудка, в urgentных ситуациях резецируем не менее 2/3 органа. При резекции желудка по Бильрот-I с термилоатеральным анастомозом, по Бильрот-II и Ру применяем поперечные анастомозы. Гастроэнтероанастомоз при резекции желудка по Бильрот-II и Ру ориентируем в вертикальной плоскости. Вертикальную ориентацию анастомоза при резекции желудка по Бильрот-II обеспечивает прием энтеропликации отводящей кишки по В.И. Ручкину, при резекции желудка по Ру-Никитину – прием "анатомической дуоденизации" отводящей кишки. Оптимальным расстоянием между гастроэнтеро- и энтероэнтероанастомозами при резекции по Ру считаем расстояние в 35–40 см.

Известны три типа резекции желудка: радикальный (полное иссечение язвы), экстерриторизирующий (оставляют дно язвы на пенетрируемом органе) и выключающий (оставляют язву в культе ДПК). Выбор типа резекции желудка в 1-й группе больных определялся категорией сложности мобилизации пилорoduоденальной зоны. При 1 и 2-й категориях сложности использовали радикальный тип резекции. При 3-й категории тип резекции желудка определялся глубиной пенетрации язвы и носил либо радикальный (при поверхностной пенетрации), либо экстерриторизирующий (при глубокой пенетрации) характер. При 4-й категории в случае невозможности выполнения радикального или экстерриторизирующего типов резекции желудка вынужденно прибегали к резекции на выключение язвы. Решение об этом принимали до производства необратимой мобилизации пилорoduоденальной зоны.

Радикальный тип резекции желудка был выполнен у 89 (79,5%) больных 1-й и у 67 (68,4%) из 2-й группы, экстерриторизирующий – соответственно у 22 (19,6%) и 29 (29,6%). Резекции желудка на выключение язвы в подпиратниковом варианте производились у 1 (0,9%) больного из 1-й группы и у 2 (2%) из 2-й. В двух случаях производилось прошивание сосуда в язве. При выборе способа обработки дуоденальной культи использовали классификацию способов ушивания дуоденальной культи, предложенную Н.А. Никитиным (2001).

Способ обработки дуоденальной культи в 1-й группе больных также ставили в зависимость от категории сложности мо-

билизации пилорoduоденальной зоны; во 2-й группе такой зависимости не было.

Закрытые способы в 1-й группе были применены у 27 (24,8%) больных: аппаратный – у 22 (20,2%), ручной – у 5 (4,6%). Во 2-й группе закрытая обработка культи была выполнена у 46 (47,9%) больных: аппаратная – у 42 (43,8%), ручная – у 4 (4,1%). При использовании закрытых способов у большинства больных в обеих группах отмечалась 2-я категория сложности мобилизации пилорoduоденальной зоны. 3-я категория сложности мобилизации была у 7 (25,9%) больных 1-й группы, у 16 (34,8%) из 2-й. 4-й категории сложности мобилизации в обеих группах при закрытой обработке дуоденальной культи не было.

Открытые способы обработки дуоденальной культи использовались у 82 (75,2%) больных 1-й группы и у 50 (52,1%) из 2-й. В 1-й группе простые способы ушивания культи применялись у 63 (57,8%) из 82 человек, пластические – у 17 (15,6%), атипичные – у 2 (1,8%), во 2-й группе – соответственно у 43 (44,8%), у 2 (2,1%), у 5 (5,2%). При выборе простых способов открытой обработки дуоденальной культи предпочтение отдавалось способам строго послойного ушивания ее стенок. При использовании открытых способов у большинства больных в обеих группах отмечалась 3-я категория сложности мобилизации пилорoduоденальной зоны у 10 (12,2%) больных 1-й группы и у 16 (32%) из 2-й – 2-я категория, у 7 (8,5%) из 1-й и у 10 (20%) из 2-й – 4-я.

Различия в использовании способов обработки дуоденальной культи в группах свидетельствуют о дифференцированном подходе к выбору способа в основной группе.

Таким образом, основные положения индивидуализированной хирургической тактики при резекции желудка в urgentной хирургии сочетанных осложнений ПДЯ выглядят следующим образом.

1. Во всех случаях выполнения резекции желудка при сочетанных осложнениях ПДЯ в urgentных ситуациях показана интраоперационная диагностика ХНДП.

2. Сохранение дуоденального пассажа обязательно при отсутствии ХНДП и "трудной" ПДЯ.

3. Наличие ХНДП во всех случаях является показанием к выключению ДПК из пищевого пассажа. Выбор способа резекции желудка при этом определяется причиной и стадией ХНДП.

4. Резекция желудка по Бильрот-II должна выполняться при сочетании ПДЯ с ХНДП в стадиях компенсации и суб-

Таблица 1

Характеристика ранних послеоперационных осложнений

Осложнения	1-я группа (n=112)		2-я группа (n=98)	
	абс.	%	абс.	%
Нарушения эвакуации	7	6,3	11	11,2
Бронхолегочные осложнения	5	4,5	9	9,2
Перитонит без недостаточности швов дуоденальной культи (НШДК)	3	2,7	2	2
НШДК	—	—	5	5,1
Острый панкреатит	1	0,9	2	2
Нагноение раны	2	1,8	4	4,1
Сердечно-сосудистые осложнения	2	1,8	4	4,1
Прочие	2	1,8	2	2
Итого	22	19,8	39	39,7

компенсации на почве дистального перидуоденита, проксимального периеюнита, эластической артериомезентериальной компрессии или их комбинаций. Рассечение связки Трейтца выступает при этом в качестве основного корригирующего ХНДП пособия.

5. Резекция желудка по Ру показана при сочетании ПДЯ с ХНДП в стадии субкомпенсации на почве органической артериомезентериальной компрессии. Рассечение связки Трейтца выступает при этом в качестве дополнительного корригирующего ХНДП пособия.

6. Тип резекции желудка и способ обработки дуоденальной культи должны определяться категорией сложности мобилизации пилородуоденальной зоны.

Характеристика ранних послеоперационных осложнений представлена в табл. 1.

Нами проанализирована зависимость частоты развития ранних интраабдоминальных осложнений во 2-й группе от ряда характеристик язвы. На основании полученных данных были определены основные макроскопические ulcerогенные факторы риска развития ранних интраабдоминальных осложнений после резекции желудка в ургентной хирургии сочетанных осложнений ПДЯ. Такими факторами явились кровотечение в качестве основного осложнения, пенетрация язвы более чем в один орган, сочетание 3 и более осложнений, постбульбарная локализация язвы.

Общая летальность составила 8,1% (17 смертельных исходов), в основной группе она была ниже – 3,6% (4 случая из 112) против 13,3% (13 случаев из 98) в группе сравнения ($p<0,05$). Летальность в основ-

Таблица 2

Причины летальных исходов

Причины летальных исходов	1-я группа (n=112)		2-я группа (n=98)	
	абс.	%	абс.	%
НШДК	—	—	4	4,1
Перитонит без НШДК	—	—	1	1
Геморрагический шок	2	1,8	4	4,1
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1	0,9	1	1
Пневмония	1	0,9	1	1
Острое нарушение мозгового кровообращения	—	—	1	1
Инфаркт миокарда	—	—	1	1
Итого	4	3,6	13	13,2

ной группе не была связана с внутрибрюшными осложнениями (табл. 2).

Отдаленные результаты изучены у 68 (60,7%) больных основной группы (из них у 15 без ХНДП, у 53 с ХНДП и 61 (62,2%) больного группы сравнения в сроки от одного года до 8 лет с помощью опросника оценки гастроинтестинального индекса качества жизни – Gastrointestinal quality life index (GIQLI), русифицированного и адаптированного МЦИКЖ, являющегося специфичным для гастроинтестинальной хирургии. Средний индекс уровня гастроинтестинального качества жизни в 1-й группе составил $121,5 \pm 1,2$ балла, во 2-й – $112,5 \pm 0,8$ ($p<0,05$). Среди 15 больных 1-й группы при отсутствии ХНДП индекс уровня качества жизни составил $124 \pm 1,1$ балла, среди 53 больных с корригированными ХНДП – $119 \pm 1,7$ ($p>0,05$).

Таким образом, интраоперационная диагностика и обоснованная коррекция ХНДП, адекватный выбор способа и типа резекции желудка, способа обработки дуоденальной культи являются основными положениями индивидуализированной хирургической тактики при выполнении резекции желудка в ургентной хирургии сочетанных осложнений ПДЯ. Применение ее позволило добиться статистически значимого снижения частоты ранних послеоперационных осложнений в 2 раза, послеоперационной летальности в 3,7 раза и повышения уровня качества жизни больных в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асадов С.А., Салехов Я.С., Алиев Э.Э. // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 78–81.
2. Крылов Н.Н. Качество жизни больных язвен-

ной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения: Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1997.

3. Кукош М.В., Власов А.П., Разумовский Н.К. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста. – Н. Новгород, 2002.

4. Лобанков В.М. // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–64.

5. Мартынов В.Л., Измайлов С.Г., Ильченко В.П. и др. // Хирургия. – 2005. – № 4. – С. 20–23.

6. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н. и др. // Вестн. хир. – 2005. – Т. 164. – № 6. – С. 74–77.

7. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.В., Кузеев Е.А. // Хирургия. – 2003. – №3. – С. 43–49.

8. Репин В.Н., Репин М.В. // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 33–37.

9. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П. и др. // Хирургия. – 2001. – №3. – С. 4–7.

10. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д., Копейкин А.А. // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 29–32.

11. Хаджибаев А.М., Мехманов А.М., Бакиров Д.Б. и др. // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 25–28.

12. Cotirlet A., Ivan I. // Chirurgia (Bucur). – 1996. – Vol. 45. – P. 39–40.

13. Doberneck R.C. // Am. J. Surg. – 1993. – Vol. 59. – P. 472–474.

14. Kang J.Y., Elders A., Majeed A. et al. // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. – Vol. 24. – P. 65–79.

Поступила 27.02.07.

STOMACH RESECTION IN URGENT SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED PYLORODUODENAL ULCERS

N.A. Nikitin, T.P. Korshunova, A.A. Goloviznin, P.S. Bakulin, M.A. Onuchin

Summary

The results of stomach resection in emergency surgery in 210 patients combined with complicated pyloroduodenal ulcers by using an individualized surgical tactic were analysed. This tactic included intraoperative diagnosis and a reasonable correction of chronic disorders of duodenal passability, choice of gastric resection method depending on the presence of these disorders, evaluation of difficulty category for mobilization of the pyloroduodenal zone for choosing the gastric resection type and an optimal method of duodenal stump formation. Usage of the proposed tactic made it possible to decrease the amount of early postoperative complications twice, decrease postoperative mortality by 3,7 times and to raise the life quality of the patients in the long run in comparison with the traditional treatment tactic.

УДК 616.33 – 006.6 – 089.87

РЕЗУЛЬТАТЫ ГАСТРЭКТОМИЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА В ОНКОЛОГИЧЕСКИХ И НЕОНКОЛОГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

И.В. Сергеев, А.Г. Кавайкин, Р.Р. Магдеев, Д.А. Чичеватов, Ю.И. Зимин

Кафедра онкологии и торакоабдоминальной хирургии (зав. – проф. И. В. Сергеев)
Пензенского института усовершенствования врачей

В структуре онкологических заболеваний рак желудка (РЖ) прочно занимает в настоящее время 3–4-е место. Частота РЖ в российской популяции составляла в 2002 г. 32,4 на 100 тысяч населения, в Пензенской области – 33,2‰ [12]. Несмотря на успехи комбинированных методов лечения в онкологии, основным методом лечения РЖ остается хирургический – операция гастрэктомии (ГЭ). Удельный вес ГЭ среди радикальных операций составляет не менее 70–80% [2, 14]. В настоящее время ГЭ достаточно хорошо освоена многими хирургами специализированных отделений и завершается послеоперационной летальностью от 2,2–2,5% [8, 9] до 11–25% [7]. Основной причиной послеоперационной летальности, по мнению большинства авторов, является развитие несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза (ПКА) [1, 5, 6]. Другие послеоперационные осложнения после ГЭ наблюдаются у 17,2–26,0% опери-

рованных больных [4, 10], причем расширенные и комбинированные вмешательства не увеличивают число осложнений [3]. Комбинированные операции составляют 12,8% от всех ГЭ при РЖ [7].

Обязательным компонентом ГЭ при РЖ является лимфодиссекция в объеме D2 по классификации JRS GC [13], которая увеличивает 5-летнюю выживаемость после ГЭ до 37,8–38,2% [1, 10, 11].

Согласно данным V съезда онкологов России (Казань, 2000), 15–20% больных РЖ оперируют в неонкологических стационарах. С одной стороны, это значительное число оперированных, с другой – с учетом многочисленности хирургических стационаров ГЭ является не такой уж частой операцией в структуре оперативной активности, что сказывается как на непосредственных, так и на отдаленных результатах гастрэктомий. Концентрация определенного числа больных РЖ в неонкологических стационарах связана и с тем,